

Zbl. Gynäk. 96 (1974) 858—861

Aus der Frauenklinik
(Chefarzt: Dr. med. W. F i n k)
des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt
(Ärztlicher Direktor: Chefarzt Dr. med. H. L a n g e r)

Ein modifiziertes Verfahren der Methode nach Kovács zur Schwangerschaftsunterbrechung, anwendbar ab 2. Monat

Von W. Fink

Zusammenfassung: Bericht über 1000 Schwangerschaftsunterbrechungen in der Zeit vom 1. 1. 1972 bis 31. 5. 1973. In 968 Fällen kam ein modifiziertes Verfahren der Methode von Kovács zur Anwendung. Vorteile dieses zweizeitigen Verfahrens sind seine einfache technische Durchführung, die geringe Zahl postoperativer Komplikationen, die herabgesetzte Blutungsneigung, seine Anwendbarkeit ab 6. Schwangerschaftswoche und bei Nulliparae.

Summary: Report about 1000 interruptions of pregnancy from January 1st, 1972 to May 31st, 1973. A modified process of Kovács method was in application in 968 cases. Advantages of this twotimed process are its simple technical carrying out, the trifling number of post-operative complications, the degraded tendency for haemorrhage, its applicability from the 6th week of pregnancy and at nulliparas.

Die neue gesetzliche Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung in der DDR vom 9. 3. 1972 hat eine starke Zunahme dieses Eingriffs zur Folge.

Als besondere Schwierigkeit erweist sich die ausreichende und schonende Erweiterung des Halskanals [9]. Durch die Anwendung des zweizeitigen Verfahrens soll die Spontanausstoßung der Frucht erreicht oder die Dilatation bei der Ausräumung erleichtert werden. Zweizeitige Methoden werden im allgemeinen erst nach der 10. Schwangerschaftswoche empfohlen.

Neben der Anwendung des Metranoiktors sind es vor allem intrauterine Flüssigkeitsinstillationen, extraovulär [15] und intraovulär [17]. Es werden hypertone Traubenzucker- oder Salzlösungen, auch eisgekühlt, verwendet. Die Spontanausstoßung der Frucht wird abgewartet. Ein Nachteil dieser Verfahren ist die verlängerte Verweildauer, da bis zur Fruchtausstoßung meist mehrere Tage vergehen. Die Anwendung hypertoner Lösungen sollte mit Vorsicht erfolgen.

Wir haben in unserer Klinik die von Kovács im Jahre 1948 veröffentlichte und unter seinem Namen bekannt gewordene, jedoch in der Sowjetunion schon wesentlich länger geübte Methode [25] seit dem Jahre 1966 in zunehmendem Maße angewandt, anfangs ab 10. Schwangerschaftswoche unter Verwendung hypertoner Lösungen. Seit 1969 kam die zweizeitige Methode unter Verwendung isotoner Lösungen (Isotonal) bei dem größten Teil dieser Eingriffe, auch bei kürzerer Schwangerschaftsdauer, zur Anwendung.

Wir gehen folgendermaßen vor: Am Tag der Aufnahme erfolgt die allgemeine und gynäkologische Untersuchung. Findet sich bei der Aufnahmeuntersuchung eine Kolpitis, werden die entsprechenden Abstriche entnommen. Das Nativpräparat ermöglicht eine Vororientierung (reichlich Leukozyten, Trichomonaden oder vorwiegend Epithelien). Für die 1 bis 2 Tage dauernde Vorbehandlung verwenden wir Argentum-nitricum-Lösung 2%ig und Nifuran-Globuli. Nachteile haben wir von dieser kurzen Vorbehandlung nie gesehen [4].

Sonst werden am Aufnahmetage ohne Narkose unter Atropin-Prämedikation 200 bis 400 ml Flüssigkeit (Isotonal) instilliert, gelegentlich auch weniger als 100 ml. Dazu werden 1 oder 2 luftleere Gummikatheter, welche in das Uteruskavum extraovulär eingeführt werden, sowie eine 150 bis 200 ml fassende Janet-Spritze verwendet. Die Flüssigkeitsmenge ist abhängig von dem Widerstand, der bei der Auffüllung auftritt, und von

der Reaktion der Frauen. Wesentliche Schmerzempfindungen sollen dabei nicht auftreten. Die Aspiration von blutiger Flüssigkeit ist kein Hindernis, die Auffüllung fortzusetzen. Nach Beendigung der Auffüllung bleibt der fest verschlossene, am Oberschenkel fixierte Katheter liegen. Das hintere Scheidengewölbe wird tamponiert. Unter Begleitung einer Schwester können die Frauen nach dem Eingriff die Station aufsuchen.

Durch Beigabe von Indigokarmin konnten wir in 2 Fällen nachweisen, daß die in den Uterus instillierte Flüssigkeit in die mütterliche Blutbahn gelangen kann, was sich durch Blaufärbung des Urins zeigte. Dagegen scheint der Abfluß der Flüssigkeit durch die Tuben nicht zu erfolgen. Auch nach Instillation größerer Flüssigkeitsmengen verlief in 2 Fällen die Douglas-Punktion negativ.

Die Spontanausstoßung warten wir nicht ab, sondern beenden den Eingriff durch Ausräumung der Frucht in Barbiturat-Narkose am nächsten Morgen. Es fällt dabei auf, daß sich meistens der Halskanal leichter erweitern läßt und daß die Blutung während des Eingriffs gering ist. Sollte die Dilatation erhebliche Schwierigkeiten bereiten (Nullipara), kann ausnahmsweise eine zweite Auffüllung erfolgen. Im Berichtszeitraum war eine Zweitauffüllung nur bei 3 Frauen nötig. Bei diesem Vorgehen konnten wir mit einer Verweildauer von etwa 4 bis 5 Tagen rechnen. In zahlreichen Fällen erfolgt die Entlassung schon nach 3 Tagen Klinikaufenthalt. Zur Entlastung der ambulant tätigen Kollegen legen wir dabei bereits den Beginn der Arbeitsfähigkeit fest und weisen die Frauen an, bei etwa auftretenden Komplikationen die Klinik-Ambulanz aufzusuchen.

Tabelle I. Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen seit 1963 und die zunehmende Bevorzugung der zweizeitigen Methode etwa seit 1966 (I einzeitig - II zweizeitig)

1963		1964		1965		1966		1967	
I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
5	1	13	5	54	14	89	40	124	90
1968		1969		1970		1971		1972	
I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
105	75	20	97	11	90	4	98	7	719

Von 1000 Schwangerschaftsunterbrechungen in der Zeit vom 1. 1. 1972 bis 31. 5. 1973 erfolgten 968 zweizeitig, davon befanden sich:

im 2. Schwangerschaftsmonat. 140 Frauen
 im 3. Schwangerschaftsmonat. 820 Frauen
 im 4. Schwangerschaftsmonat. 8 Frauen
 184 Frauen hatten noch nicht geboren
 280 Frauen hatten ein Kind
 263 Frauen hatten zwei Kinder
 241 Frauen hatten 3 und mehr Kinder.

Die Verweildauer betrug bei:

7 Frauen 2 Tage
 345 Frauen 3 Tage
 463 Frauen 4 oder 5 Tage
 130 Frauen 6 oder 7 Tage
 23 Frauen länger

Komplikationen bei der zweizeitigen Methode:

Temperatur über 38,4°C 10 (jeweils nur 1 Tag)
 Endometritis ohne Temperatur 3
 Endometritis mit Temperatur 1 (Verweildauer 20 Tage)
 Adnexitis ohne Temperatur 2
 Reabrasio 3 (1 Plazentarest, 2 Endometritis)
 Perforation 1 (konservativ)
 Wiederaufnahme 4 (einmal Reabrasio, 3mal konservativ)
 Zervixriß distal 1 (2 Nähte VII.-para)
 Temperatur bei 2. Auffüllung 1 (einmal 39°C)

Den Wert und die Leistungsfähigkeit einer Methode kann man bis zu einem gewissen Grad an der Zahl und der Schwere der ursächlich mit ihr zusammenhängenden Komplikationen erkennen. Schwere Komplikationen und Todesfälle haben wir nicht erlebt. Bei über 2000 Schwangerschaftsunterbrechungen seit 1963 haben wir bisher eine einzige Uterusexstirpation nach einzeitiger Unterbrechung wegen unstillbarer Blutung infolge Gerinnungsstörung im Jahre 1969 vorgenommen. Bluttransfusionen wegen starken Blutverlustes sind sehr selten. Ohne Ausnahme konnte der Schwangerschaftsabbruch auch bei allen Nulliparae, die trotz unserer aufklärenden Hinweise weiterhin auf dem Eingriff bestanden, erfolgen.

Die zweizeitige Methode ist auch anwendbar nach Entbindungen durch Kaiserschnitt. In einem Fall haben wir den Schwangerschaftsabbruch im 3. Monat ausgeführt, nachdem 3 Kaiserschnitte vorangegangen waren.

Auf Grund unserer guten Erfahrungen mit der von uns modifizierten Methode von Kovács glauben wir, dieses Verfahren empfehlen zu können. Die Kombination mit dem Absaugverfahren bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen bietet sich an.

Schrifttum

1. Altmann, W.: Die Problematik der Schwangerschaftsunterbrechung bei Patientinnen oberhalb des 40. Lebensjahres. Zbl. Gynäk. 91 (1969) 1667–1675.
2. Arvay, A., und J. Raics: Erfahrungen mit der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 81 (1959) 119–134.
3. Bergmann, K. H.: Seltene Komplikation einer Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 90 (1968) 662–667.
4. Cee, K.: Zur klinischen Problematik der einzeitigen instrumentellen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 86 (1964) 524–535.
5. Deidesheimer, B.: Interruptionsanalyse an einem Kreiskrankenhaus. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 819–824.
6. Flämig, C.: Vorläufige Erfahrungen mit dem Vakuumextraktor. Zbl. Gynäk. 88 (1966) 1247–1250.
7. Flämig, C., und P. Schneek: Klinische Erfahrungen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit dem Vakuumexhauster. Zbl. Gynäk. 91 (1969) 1567–1570.
8. Forgács, J., und E. Elek: Eine seltene Komplikation der mittels extraovulärer Traubenzucker-auffüllung durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 87 (1965) 1520–1521.
9. Ganse, R.: Beitrag zur Methodik der Schwangerschaftsunterbrechung. Dtsch. Ges.wesen 3 (1948) 305–307.
10. Heim, A.: Schwangerschaftsunterbrechung durch extraamniale Dextroseinstillation. Zbl. Gynäk. 76 (1954) 1911–1914.
11. Hoffmann, I., und E. Ziegel: Klinische Erfahrungen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit der Vakuumentraktion und dem Metranoikter. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 913–917.
12. Holtorff, J.: Indikationen, Technik und Morbidität beim Abortus artificialis. Zbl. Gynäk. 82 (1960) 170–183.
13. Hoyme, S.: Welche Folgerungen ergeben sich bei einem Vergleich der verschiedenen Interruptions-Methoden. Zbl. Gynäk. 76 (1954) 1300–1314.
14. Kallenbach, H.: Die Schwangerschaftsunterbrechung mit hypertonischen Lösungen. Zbl. Gynäk. 73 (1951) 1845–1847.
15. Kovács, F.: Eine einfache und verlässliche Methode zur Schwangerschaftsunterbrechung nach der 10. Woche. Zbl. Gynäk. 70 (1948) 1097–1103.
16. Lunow, E., E. Isbruch und B. Hamann: Gynäkologische Frühkomplikationen als Folge legaler Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 93 (1971) 49–58.
17. Manstein, B.: Kritik an Technik und Auswahlverfahren bei dem Abortus artificialis. Geburtsh. u. Frauenheilk. 16 (1956) 388–396.
18. Németh, I., und Z. Kónya: Beiträge zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung mit Vibrodilatation und Vakuumaspiration. Zbl. Gynäk. 92 (1970) 120–127.
19. Mitteilungen der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der DDR Nr. 3 (Febr. 1973) 36–52.
20. Richter, R., und N. Schulz: Untersuchungen über den Einfluß der Instruktion vom 15. 3. 1965 zur Anwendung des § 11 des Gesetzes über Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. 5. 1950 auf die Antragstellung auf Schwangerschaftsunterbrechung. Z. ges. Hyg. 15 (1969) 150 bis 156.
21. Schilling, H.: Kritische Überprüfung unserer Ergebnisse mit der Schwangerschaftsunterbrechungsmethode nach Kovács. Zbl. Gynäk. 87 (1965) 1789–1795.

22. Schulz, St., und G. Henning: Entwicklung der Interruptionssituation in der Frauenklinik der Karl-Marx-Universität Leipzig vom 1. 1. 1960 bis 30. 6. 1972. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 945–951.
23. Schwenzer, A. W.: Zur Frage der Indikation und Technik der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Geburtsh. u. Frauenheilk. 16 (1956) 822–838.
24. Seewald, H. J., R. Holtzhauer, E. Zschocke und M. Kulhary: Klinische und hysterosalpingographische Befunde nach Interruptio. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 710–713.
25. Seibil, B. J.: Über Schwangerschaftsunterbrechung jenseits der 12. Woche. Zbl. Gynäk. 56 (1932) 1949–1953.
26. Stamm, H.: Verfahren zum Schwangerschaftsabbruch. Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1972) 541 bis 547.
27. Szécsi, K.: Schwangerschaftsunterbrechung durch extraamniotale Dextrose-Instillation. Zbl. Gynäk. 77 (1955) 514–516.
28. Szendi, B., J. Lakatos und Zs. Tóth: 23300 Schwangerschaftsunterbrechungen im Spiegelbild der Operationsmethode und der Frühkomplikationen. Z. ärztl. Fortbild. 54 (1960) 751–756.
29. Weise, W., M. Link und E. Bernoth: Kritische Überprüfung ein- und zweizeitiger Methoden der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 92 (1970) 841–848.
30. Woraschk, H.-J., und J. Berndt: Klinische Erfahrungen mit verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 91 (1969) 6–12.
31. Zwahr, Chr.: Zur Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 156–163.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. W. Fink, Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Neustadt,
DDR-8023 Dresden, Industriestraße 40

Schlüsselwörter:

Geburtshilfe. — Schwangerschaftsunterbrechung. — Instillationsmethode (Kovács).